

## 高額介護(予防)サービス費等 支給申請書の記入例

高額介護(予防)サービス費等  
支給申請のお知らせ兼支給申請書

あなたの介護保険サービスにかかる利用者負担額は、下記のとおり「高額介護(予防)サービス費等」の支給対象となる可能性がありますので、支給を希望される場合は、この「お知らせ兼支給申請書」の太枠内を記入の上、右記区役所・支所の介護医療係へ提出してください。(郵送可)

なお、福祉用具購入、住宅改修、市町村特別給付、介護保険施設に入所・入院した際の食費・居住費等は支給対象となりません。

※領収日より2年(総合事業については5年)を経過した場合は、時効によりお支払いできませんので、ご注意ください。

(お問合せ先・申請先)

〒651-0000  
神戸市△△区△△町  
1丁目1番1号神戸市△△区役所  
保険年金医療課介護医療係  
電話(078)XXX-XXXX(代表)申請日と、申請者の  
電話番号を記入  
してください。振込を希望され  
る口座情報を記  
入してください。前年または前々  
年の12月末時点  
の世帯状況に当  
てはまる方にチ  
ェックを入れて  
ください。

被保険者	保険者番号	281105	被保険者番号	0001234567	個人番号	
	被保険者氏名	神戸 太郎	生年月日	昭和12年 3月 4日	性別	男

神戸市 △△ 区長 宛	申請日 令和 5 年 8 月 1 日			
高額介護(予防)サービス費等の支給を申請します。 今後、高額介護(予防)サービス費等が発生した場合は、下記の口座に振込をお願いします。 なお、内容に変更等がある場合は、再度申請書を提出します。				
住所	神戸市△△区××町1丁目2番3号			
申請者 氏名	神戸 太郎			
	電話番号 (自宅) 携帯・その他 ( ) 078 - 123 - 4567			
世帯合算対象者 ※同一世帯に介護保険サービスを利用した、本人以外の方がいる場合のみ、ご記入ください。	被保険者番号	被保険者氏名 (本人以外)	生年月日	性別
			年 月 日	
			年 月 日	

口座振込依頼欄	金融機関名	支店名	預金種別	口座番号 (右づめでご記入ください)						
	花時計	神戸 本店	1 普通	1	2	3	4	5	6	7
	信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店	2 当座	フリガナ			コウヘ タロウ			
	銀行 コード	支店 コード	4 貯蓄	口座 名義人			神戸 太郎			

年少扶養 控除 確認欄	※前年(もしくは前々年)の12月末時点で、該当する方にチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 世帯主は65歳以上であり、かつ同一世帯内に、扶養している19歳未満の人がいる <input checked="" type="checkbox"/> 上記に該当しない
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 【記入される際の注意点】

- 申請者が**成年後見人等**の場合  
申請者の氏名欄に、「成年後見人△△△△(成年後見人等の氏名)」と追記し、住所欄に成年後見人等の住所を記入してください。  
申請書と併せて「その資格が確認できる書類(登記事項証明書等)」の添付が必要です。  
※「登記事項証明書」については「**申請日から3か月以内**」に発行されたもの。
- 申請者が**相続人**の場合  
申請者の氏名欄に、「相続人△△△△(相続人の氏名)」と追記し、住所欄に相続人の住所を記入してください。  
申請書と併せて「被保険者との相続関係がわかる書類(戸籍謄本等)」と「**確約書**」の添付が必要です。  
詳しくは、区・支所の介護医療係へお問い合わせください。
- 被保険者以外の口座へ振り込む場合**(相続人の場合は除く)  
申請書と併せて「**委任状**」の添付が必要です。  
委任状の用紙は、区・支所の介護医療係で配布しているほか、神戸市ホームページ(高額介護(予防)サービス費の支給制度)からもダウンロードできます。